

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**DURIN Henri-Marie-Joseph-Pierre.**

Né le 4 Avril 1919, à Pondichéry (Indes Françaises).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

A PROPOS D'UN CAS

DE VOLVULUS CHRONIQUE INCOMPLET

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1945

1874-1875

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DURIN.**

Prénoms : **Henri-Marie-Joseph-Pierre.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

**DURIN (Henri - Marie - Joseph Pierre).** — Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire. A propos d'un cas de volvulus chronique incomplet. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N° .....).

**DURIN (Henri - Marie - Joseph Pierre).** — Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire. A propos d'un cas de volvulus chronique incomplet. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N° .....).

**DURIN (Henri - Marie - Joseph Pierre).** — Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire. A propos d'un cas de volvulus chronique incomplet. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N° .....).

**DURIN (Henri - Marie - Joseph Pierre).** — Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire. A propos d'un cas de volvulus chronique incomplet. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N° .....).



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**DURIN Henri-Marie-Joseph-Pierre.**

Né le 4 Avril 1919, à Pondichéry (Indes Françaises).

*Présentée et soutenue publiquement le..... 19..*

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

A PROPOS D'UN CAS

DE VOLVULUS CHRONIQUE INCOMPLET

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1945



## DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN ..... BAUDOUIN

ASSESEUR ..... LEON BINET

### I. — PROFESSEURS

|                                                       | MM.               |
|-------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                        | ROUVIERE.         |
| Anatomie pathologique .....                           | LEROUX.           |
| Assistance Médico-sociale .....                       | N...              |
| Bactériologie .....                                   | GASTINEL.         |
| Chimie médicale .....                                 | POLONOVSKI.       |
| Clinique de cardiologie .....                         | DONZELOT.         |
| Cliniques chirurgicales .....                         | BROCQ.            |
|                                                       | CADENAT.          |
|                                                       | MONDOR.           |
|                                                       | QUENU.            |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie ..... | LEVEUF.           |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....              | MATHIEU.          |
| Clinique gynécologique .....                          | MOCQUOT.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ....  | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies des enfants .....               | DEBRE (R.).       |
| Clinique des maladies infectieuses .....              | LEMIERRE.         |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .... | LEVY-VALENSI.     |
| Clinique des maladies du système nerveux .....        | GUILLAIN.         |
| Cliniques médicales .....                             | ABRAMI.           |
|                                                       | FIESSINGER.       |
|                                                       | HARVIER.          |
|                                                       | P.-VALLÉRY-RADOT. |
| Clinique médicale propédeutique .....                 | VILLARET.         |
| Clinique de Neuro-chirurgie .....                     | VINCENT (CL.).    |
| Cliniques obstétricales .....                         | LANTUEJOUL.       |
|                                                       | LEVY-SOLAL.       |
|                                                       | PORTES.           |
| Clinique ophtalmologique .....                        | VELTER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....               | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....             | SENEQUE.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                 | LOEPER.           |
| Clinique de la Tuberculose .....                      | TROISIER.         |
| Clinique urologique .....                             | N...              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....      | LIAN.             |
| Histologie .....                                      | CHAMPY.           |

|                                                    |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------|
|                                                    | MM.                |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....     | BESANÇON (Justin). |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....   | CATHALA.           |
| Hygiène et médecine préventive .....               | JOANNON.           |
| Médecine légale .....                              | DUVOIR.            |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ..... | BRUMPT (E.).       |
| Pathologie chirurgicale .....                      | PETIT-DUTAILLIS.   |
| Pathologie expérimentale et comparée .....         | BENARD (Henri).    |
| Pathologie médicale .....                          | CHABROL.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....        | BAUDOUIN.          |
| Pharmacologie et matière médicale .....            | HAZARD.            |
| Physiologie .....                                  | BINET (Léon).      |
| Physique médicale .....                            | STROHL.            |
| Technique chirurgicale .....                       | MOULONGUET.        |
| Thérapeutique .....                                | AUBERTIN.          |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),  
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),  
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

## II. — AGREGES EN EXERCICE

|                   | MM.            |                   | MM.           |
|-------------------|----------------|-------------------|---------------|
| Anatomie .....    | CORDIER.       |                   | DE GENNES.    |
|                   | N...           |                   | HAGUENAU.     |
| Anatomie          | DELARUE.       | Médecine          | LELONG.       |
| pathologique ..   | Mlle GAUTHIER- | générale ...      | LENEGRE.      |
|                   | VILLARS.       |                   | MARCHAL.      |
| Bactériologie ... | BONNET.        |                   | MOLLARET.     |
| Chimie médicale . | N...           |                   | MOUQUIN.      |
|                   | AMELINE.       |                   | SOULIE.       |
|                   | FEVRE.         | Médecine légale . | DESOILLE.     |
|                   | FUNCK-         |                   | DIGONNET.     |
|                   | BRENTANO.      | Obstétrique ...   | LACOMME.      |
| Chirurgie         | MENEGAUX.      |                   | SUREAU.       |
| générale ...      | PATEL.         |                   | N...          |
|                   | SICARD.        | Ophtalmologie ..  | RENARD.       |
|                   | N...           | Oto-rhino-        |               |
|                   | N...           | laryngologie ..   | HALPHEN.      |
|                   | N...           | Parasitologie ... | LAVIER        |
|                   | N...           | Parasitologie     |               |
| Histologie ...    | BULLIARD.      | coloniale ...     | N...          |
| Hydrologie ...    | N...           | Pathologie        |               |
| Hygiène ...       | N...           | expérimentale .   | LEMAIRE.      |
|                   | BARIETY.       | Pharmacologie .   | Mlle J. LEVY. |
|                   | BERNARD (Et.). |                   | N...          |
|                   | BOULIN.        | Physiologie ...   | RICHET.       |
| Médecine          | BROUET.        |                   | N...          |
| générale ...      | CACHERA.       | Physiologie       |               |
|                   | COSTE.         | médicale ...      | DESGREZ (H.). |
|                   | DELAY.         | Thérapeutique ..  | TURPIN.       |
|                   | GARCIN.        | Urologie .....    | COUVELAIRE.   |

### III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),  
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),  
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

|                    |                                           |                   |                                                          |
|--------------------|-------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------|
|                    | MM.                                       |                   | MM.                                                      |
| Clinique           | } GATELLIER.<br>DE GAUDART<br>D'ALLAINES. | Clinique médicale | } ALAJOUANINE.<br>CHEVALLIER.<br>LAROCHÉ Guy.<br>MOREAU. |
| chirurgicale . . . |                                           |                   |                                                          |
| Clinique           |                                           |                   |                                                          |
| obstétricale . . . | ECALLE.                                   | Clinique          |                                                          |
|                    |                                           | urologique . . .  | FÉY.                                                     |

### V. — CHARGES DE COURS

|                    |                    |                    |           |
|--------------------|--------------------|--------------------|-----------|
|                    | MM.                |                    | MM.       |
| Puériculture . . . | N...               | Stomatologie . . . | DECHAUME. |
| Radiologie . . . . | LEDOUX-<br>LEBARD. |                    |           |

---

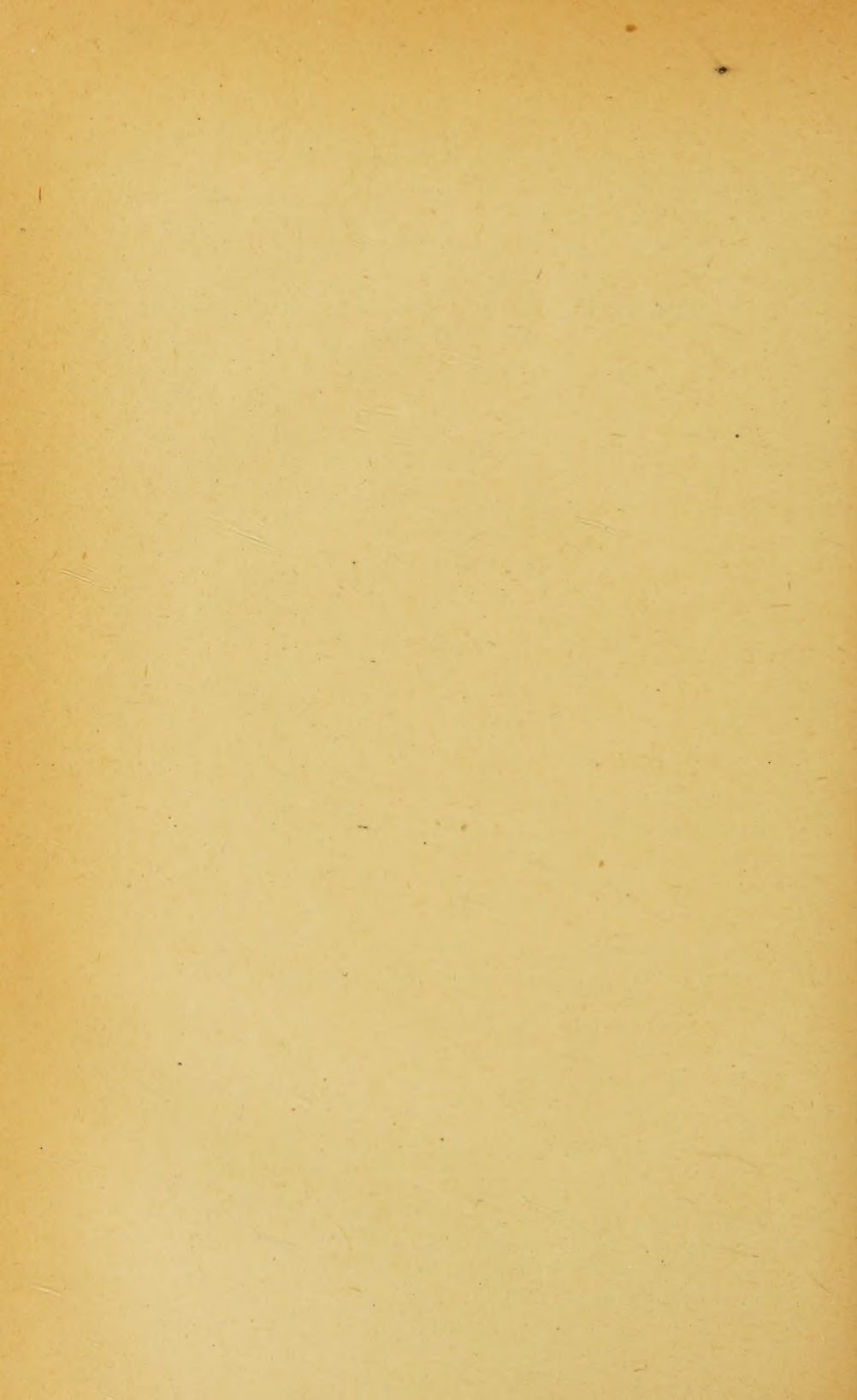
|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
|                                | MM.           |
| Secrétaire de la Faculté ..... | J. MOREL.     |
| Secrétaire-adjoint .....       | M. BRISSIAUD. |

---

|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Bibliothécaire en Chef .. | A. HAHN.                          |
| Bibliothécaires .....     | Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A MON PERE ET A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale Thérapeutique  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Infiniment sensible à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE,  
MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN BRUMPT  
Médecin-Assistant à l'Hôpital Cochin

*En reconnaissance des encouragements amicaux qu'il m'a témoignés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASCHAS  
Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

*En témoignage de notre plus vive reconnaissance pour l'observation qu'il nous a transmise — base de notre travail — et l'aide précieuse qu'il nous a prodiguée.*



## INTRODUCTION - HISTORIQUE

---

Affection rare et de connaissance relativement récente puisque le travail inaugural sur la question remonte à 1920 avec KRAHLEL qui rassembla 8 observations, le volvulus de la vésicule biliaire est encore assez peu connu de nos jours : c'est un diagnostic qui n'est jamais posé car c'est une maladie à laquelle on ne pense pas. Moins connu et de diagnostic encore plus difficile est le volvulus subaigu de la vésicule biliaire dont les observations, tant dans la littérature française que dans la littérature étrangère sont rarissimes.

Une soixantaine de cas de volvulus classique ont été publiés jusqu'à maintenant, le premier par WENDEL en 1898. En France, GAUDIN, en 1920 publie la première observation et DAUX en 1924 rassemble dans sa thèse 17 observations. En 1930, CONSTANTINI réunit 33 cas de volvulus de la vésicule biliaire. L'année suivante LERICHE et BROCCQ en publient chacun un cas. Plus récemment enfin, citons les observations de BERNARD et de MAGNANT et SOUPAULT qui vinrent grossir le petit lot de cas rapportés jusqu'alors.

---



## ÉTIOLOGIE - PATHOGÉNIE

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Le volvulus de la vésicule biliaire frappe surtout les sujets âgés et particulièrement les femmes. Dans les trois quarts des observations réunies par DAUX il s'agit de sujets ayant dépassé la soixantaine. GIMBERT DE FALLOIS, en 1943, rassemble 45 observations : 36 cas concernent des femmes; 32 de ces malades ont dépassé la cinquantaine, 12 de ces malades, s'ils n'ont pas encore atteint 50 ans, du moins s'en rapprochent sensiblement. Il s'agit donc d'une affection frappant plus spécialement la femme âgée.

Des parois musculaires atones, une élasticité des tissus diminuée, les ptoses semblent certes jouer un rôle important dans la pathogénie de cette affection. Mais cela ne suffit pas. Il est évident que le cholécyste ne saurait se volvuler s'il est appliqué solidement au contact de la face intérieure du foie. Le volvulus ne se produira pas si la vésicule n'est pas libre; par contre une vésicule reliée au foie par un mésocyste assez long est une vésicule prédestinée à la torsion. Le mouvement de torsion sera maximum au niveau du fond, car c'est au niveau du col que le mésocyste a la moindre hauteur. Le pédicule est représenté par l'artère et le canal cystiques inclus dans le méso. Certaines vésicules subissent une angulation, le méso ne s'insérant pas sur toute la longueur du cholé-

cyste, mais laissant son fond complètement libre : c'est cette partie libre qui risquera de se volvuler, une sténose marquant la limite entre les deux parties et réalisant la vésicule en sablier de Brocq. De plus, chez les sujets âgés le mésocyste aura tendance à s'allonger, prédisposant ainsi au volvulus. « Un état pathologique et sénile, écrit GUEULLETTE, est donc capable d'exagérer une disposition anatomique congénitale ».

Enfin, fréquemment, la vésicule peut être complètement libre : aucun mésocyste, aucune adhérence ne la rattachent au foie.

Pour nous résumer nous dirons que le cholécyste peut se volvuler dans sa totalité autour de son pédicule (cas d'une vésicule totalement libre ou ayant une liberté suffisante grâce à un mésocyste assez long) ou partiellement par une torsion de son fond autour de son corps (cas des mésocystes laissant un fond libre, ou des grosses vésicules qui, bien qu'appliquées étroitement contre le foie en débordent sensiblement le bord antérieur).

De telles malformations anatomiques ne peuvent être que congénitales, mais, nous l'avons vu précédemment, l'âge joue un rôle important en les accusant. De plus, il s'agit toujours de vésicules exclues et distendues, soit par sténose du canal cystique d'origine inflammatoire, soit par calcul (DAUX rapporte huit cas de volvulus chez des lithiasiques anciens). « Mais, écrit GUEULLETTE, qu'il y ait ou non lithiase, il y aura toujours à la base du volvulus une cholécystite ancienne, dont l'expression clinique a pu même passer inaperçue ».

Toutes ces circonstances favorisantes admises, il reste à préciser la cause déterminante de la torsion. Plusieurs théories ont essayé de l'expliquer... la plus plausible est celle du péristaltisme intestinal de PILVEN et SIMEON, et de BROcq : les ondes péristaltiques impriment à la vésicule qui s'appuie sur le côlon un mouvement de torsion.

On pourrait y ajouter aussi l'influence des contractions musculaires abdominales qui peuvent peut-être imprimer au cholécyste certains mouvements, certains déplacements.

A l'intervention, on trouve une vésicule toujours très hypertrophiée, tendue, aux parois très épaisses, dont la coloration va du rouge sombre au noir; elle est le siège d'une congestion intense. On a pu la comparer à un rein, à une aubergine. Elle est tordue autour de son pédicule qui peut atteindre dix centimètres : on pu compter jusqu'à huit tours de spire. Parfois on trouve une torsion du fond du réservoir autour de son corps. Elle contient un liquide séro-sanguinolent, du sang, de la bile.

L'artère cystique, les veines et le canal cystiques sont oblitérés au niveau du nœud de torsion. L'étranglement du canal cystique ne constitue d'ailleurs pas un phénomène nouveau : on a vu précédemment que la vésicule était déjà antérieurement bloquée. Mais l'oblitération de l'artère et des veines est la cause des importants phénomènes congestifs et œdémateux dont nous parlions plus haut. Qu'elle vienne à se prolonger et des lésions sphacéliques apparaîtront suivies de perforation. La gangrène de l'organe semble être un accident assez exceptionnel. D'après CONSTANTINI la circulation se rétablirait par l'intermédiaire d'adhérences ?

Microscopiquement, les phénomènes nécrotiques et hémorragiques dominant. Parfois, la muqueuse est ulcérée. Les lésions gangréneuses sont, avons nous vu, fort rares.

Enfin, assez rapidement, l'infection existe et nous citerons encore GUEULLETTE : « le volvulus de la vésicule entraîne donc précocement une nécrose plus ou moins septique de l'organe, et c'est là ce qui fait toute sa gravité ».



## CLINIQUE

---

Le volvulus classique, aigu, de la vésicule biliaire a un début clinique extrêmement brutal : la malade, généralement une femme âgée, accuse une douleur atroce, en coup de poignard, de l'hypochondre droit ou de l'épigastre. Elle s'alite. Cette douleur présente des irradiations dans la fosse iliaque droite, la région péri-ombilicale, la région lombaire, l'épaule droite. Les injections de morphine, les compresses laudanisées qui ont pu être prescrites n'apportent qu'un soulagement médiocre.

Accompagnant la douleur, rarement la précédant, surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux.

Ces deux signes sont pratiquement constants.

Quelquefois on a pu observer de la constipation, voire même l'arrêt des gaz.

L'inspection montre un ventre plus ou moins distendu et quelquefois, mais rarement, des mouvements péristaltiques.

A la palpation on rencontre une défense abdominale sus-ombilicale marquée, prédominant à droite. On réveille une douleur atroce sous le rebord costal. L'attention est évidemment attirée vers l'hypochondre droit. C'est la région qu'il convient d'examiner patiemment, minutieusement. Malheureusement, la défense abdominale gêne une palpation plus profonde, à la recherche de la tumeur vésiculaire. « Il est quelquefois nécessaire, écrit CHIRAY et PAVEL, d'attendre que le malade soit en-

dormi pour palper et percevoir la masse vésiculaire ». Rarement on pourra sentir une masse dont la taille va de l'œuf de poule à la tête de petit enfant. « Chez une femme fatiguée, amaigrie, on la sentira mieux. Elle apparaît, le plus souvent, comme une masse verticalement allongée, aux contours arrondis, très douloureuse à la pression, mobile avec le foie dans les mouvements respiratoires; elle semble nettement au contact de la paroi abdominale et ne donne pas le contact lombaire. Mate à la percussion, elle se montre nettement kystique, très tendue, rénitente. Il est capital de bien préciser ses rapports avec le foie pour se rendre compte qu'elle est accolée à sa face inférieure qu'elle déborde, sans interposition sonore, et qu'elle est immobile par rapport à lui. De telles connexions font que la vésicule involuée apparaît au clinicien comme trop antérieure pour une tumeur rénale, trop haute pour un kyste d'origine pelvienne. Si la relation avec le foie est établie, un grand pas est fait vers le diagnostic » (GUEULLETTE).

Malheureusement, le diagnostic n'est jamais posé parce qu'il s'agit d'une maladie rare à laquelle on ne pense pas et parce qu'il est exceptionnel d'obtenir cliniquement une palpation aussi évocatrice.

Contrastant avec ce tableau dramatique, les traits sont à peine altérés, la température est subfébrile, ne dépassant pas 38 degrés, le pouls est bien frappé, légèrement accéléré.

L'interrogatoire permet de faire préciser l'existence de petites crises douloureuses dans les antécédents, n'ayant pas été accompagnées d'ictère.

« Par conséquent, écrit Moxdor, un début dramatique, un syndrome d'occlusion ou de réaction péritonéale et, semblant bien pédiculée ou non, en connexion avec le foie, une tumeur ferme, mate, douloureuse, et surtout en forme de rein ».

Le plus souvent, le malade est opéré et le pronostic est favorable malgré l'âge avancé du sujet.

Mais si l'on a porté un diagnostic d'attente le pronostic est des plus sombres : l'état général devient alarmant... faciès altéré, langue sèche, sueurs, élévation thermique au-dessus de 39 degrés, pouls filiforme à 120, 150, puis adynamie ou agitation extrême. Localement, la douleur a diffusé à tout l'abdomen, les signes d'occlusion persistent. La mort survient en cinq à sept jours.

.....

Mais il faut savoir que le volvulus de la vésicule biliaire ne réalise pas toujours un tableau si aigu.

« A côté de cette crise complète écrivent CHIRAY et PAVEL, existent très probablement des crises passagères de volvulus qui se réduisent d'elles-mêmes, après s'être traduites par un accès douloureux et violent. Ces crises consistent pour le malade en une sensation de boule douloureuse sous-hépatique et se traduisent au médecin par une tuméfaction apparaissant et disparaissant subitement dans la région sous-hépatique ».

Ces petites crises ébauchées, plus ou moins frustes, qui se résolvent spontanément n'amènent pas d'altérations très importantes de l'organe.

BERNARD a rapporté, en décembre 1943, à la « Société des chirurgiens de Paris » un cas de volvulus de la vésicule biliaire à symptomatologie tout à fait discrète, bien éloignée des données classiques du volvulus aigu.

#### OBSERVATION N° 1 (BERNARD)

La malade, maigre et âgée, présentait uniquement un état nauséux avec arrêt des matières et des gaz persistant depuis 48 heures, une température aux environs de 38 degrés et une sensibilité nette de la région sous-costale droite. L'intervention montre une vésicule du volume

d'un œuf de poule à méso un peu long, mais de siège et de forme normaux. La torsion siège au niveau du cystique, comme d'habitude. La cholécystectomie est très facile et de suites idéales.

.....

Un autre aspect de volvulus nous est fourni par une observation de FINUCCI qui rapporte un cas de torsion lente de la vésicule biliaire.

#### OBSERVATION N° 2 (FINUCCI)

La malade, âgée de 39 ans, se plaint depuis une quinzaine de mois de la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite. Pas d'ictère; la température est normale. Progressivement, dans l'hypochondre droit, s'est développée une tuméfaction douloureuse, grosse comme une tête de nouveau-né, lisse, débordant la ligne médiane vers la gauche.

—

Le cathétérisme urétéral est impossible : on pense à une tumeur rénale. La réaction de CASONI est négative. La vésicule ne s'injecte pas après ingestion de tétraïode. A l'intervention, on trouve une énorme vésicule, n'adhérant pas à la face inférieure du foie. La torsion au milieu du cystique est presque complète (270 degrés). Il n'y a aucune trace de gangrène. Cholécystectomie. La vésicule pèse 950 grammes. Guérison.

.....

Rapportons maintenant un autre cas de volvulus subaigu de la vésicule biliaire, dont Monsieur le Docteur MASCHAS a bien voulu nous fournir l'observation.

Il s'agit d'un malade venu à la Consultation de gastro-entérologie du Professeur CHIRAY de la clinique chirurgicale thérapeutique de Vaugirard du Professeur SENEQUE. Cette observation paraîtra d'ailleurs ultérieurement

dans la « Revue du Foie ». Nous allons voir combien sa symptomatologie s'éloigne, là encore, du tableau classique.

### OBSERVATION N° 3 (inédite)

C'est un homme de 40 ans qui souffre de l'hypochondre droit depuis une dizaine d'années. Ces douleurs n'ont pas de caractères bien précis, mais elles surviennent après ingestion d'œufs ou de chocolat. Elles sont de courte durée : un à deux jours, sans symptômes associés. Attribuées à une maladie du foie, elles ont entraîné un régime sévère. Le malade est hospitalisé le 12 novembre 1943. Neuf mois et trois mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a fait un léger ictère d'allure catarrhale ayant duré sept jours, la première fois, et 10 jours, la seconde fois. Son hospitalisation est motivée par une douleur violente de l'hypochondre droit ayant débuté brusquement, irradiant à la région scapulaire droite, accompagnée d'un vomissement, de constipation, d'une altération des traits, mais sans fièvre, sans ictère clinique ou biologique. Cette douleur dure un jour, avec de rares paroxysmes, puis elle s'atténue progressivement.

A l'examen, le ventre, très tendu, rend toute palpation profonde impossible. On réveille une douleur vive dans l'hypochondre et la fosse iliaque droits. L'équilibre sanguin est normal, il n'existe aucune leucocytose. La vésicule ne s'injecte pas après absorption de tétraiode; le tubage duodénal ne donne qu'une très faible réponse vésiculaire. On pose le diagnostic d'attente de cholécystite chronique et un traitement classique est prescrit.

Le 13 décembre survient une nouvelle crise douloureuse précédée d'une phase au cours de laquelle constipation et diarrhée alternent. Il s'agit de douleurs à type de coliques, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite et irradiant à tout l'abdomen, se terminant brusquement

avec émission abondante de gaz. Le ventre est très tendu, rendant tout examen profond impossible; on a l'impression d'une défense plus marquée dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite où l'on réveille de la douleur. Le malade déclare d'ailleurs sentir une boule dans son hypochondre, boule qui se tend lors des crises douloureuses pour disparaître avec elles.

Cet état dure deux jours, sans fièvre, sans altération de l'état général. Le transit intestinal montre un léger retard à l'évacuation de la baryte et un appendice qui se laisse injecter; le lavement baryté met en évidence un dolicho-sigmoïde avec de la typhlatoxie.

Le diagnostic hésite entre appendicite chronique, avec accidents hépato-vésiculaires, et cholécystite, quand, le 14 janvier 1944, une nouvelle crise plus violente que les autres survient, avec douleurs irradiant dans tout l'abdomen et, à l'examen, l'impression d'un plastron appendiculaire, mais sans fièvre et sans leucocytose, crise qui motive l'intervention chirurgicale.

L'intervention précise l'existence d'un volvulus chronique incomplet de la vésicule, qui est plus contournée que tordue. La cholécystectomie est facile, malgré des adhérences péri-vésiculaires; il existe une sorte de fond fibreux à l'insertion du cystique et du bassinot, ce qui explique probablement les difficultés du remplissage radiologique de la vésicule.

L'examen histologique montre des lésions scléreuses importantes de la paroi vésiculaire, avec de fortes lésions d'hyperplasie épithéliale par place kystiques, et des amas de cellules lipophages comme on en constate dans certaines vésicules fraises. L'épithélium cylindrique de revêtement montre de très belles figures de sécrétion biliaire.

.....

Là encore, nous voyons combien cette histoire s'écarte des données classiques, et, qu'en étudiant le volvulus de

la vésicule biliaire, il convient de bien distinguer volvulus classique aigu et volvulus incomplet subaigu. Souvent d'ailleurs, la crise aiguë de volvulus n'est que l'aboutissant de toute une série de crises espacées, plus ou moins violentes, tournant court spontanément.

Chez ce malade aux antécédents hépato-vésiculaires, le diagnostic n'a pas été fait : les crises douloureuses qu'il présentait simulaient tantôt une cholécystite, tantôt une occlusion, tantôt une appendicite. Seule, l'opération a pu faire le diagnostic de volvulus chronique incomplet de la vésicule. Nous l'avons dit, le volvulus est une maladie rare à laquelle on ne pense pas.

---



## DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic de volvulus aigu de la vésicule biliaire est une découverte d'intervention. Au maximum, la vésicule a pu être suspectée d'être responsable du syndrome aigu abdominal déclenché, mais le diagnostic n'a pas été poussé plus loin. KRAHLEL semble bien avoir été le seul à faire le diagnostic de volvulus de la vésicule biliaire avant l'intervention : encore fut-il puissamment éclairé par un cas analogue vu peu de temps auparavant.

En étudiant la symptomatologie de l'affection, nous avons vu sur quels éléments essayer de baser un diagnostic positif. On aura soin de fouiller minutieusement les antécédents de la malade, à la recherche de ces petites crises ébauchées ayant tourné court. Elles pourront nous aider utilement.

On se basera aussi sur toute une série de signes négatifs : l'absence d'ictère le plus souvent, l'absence d'altération de l'état général, l'absence de fièvre élevée pendant les dix-huit premières heures, l'absence de leucocytose enfin. On s'appuiera également sur la notion de terrain (femme âgée aux parois déficientes et aux organes ptosés), ainsi que sur les renseignements fournis par la palpation.

L'erreur est généralement faite avec l'occlusion intestinale (cette erreur imposant l'intervention n'a donc pas de conséquences funestes), avec l'appendicite (le siège de la douleur maxima est plus appendiculaire que vésicu-

laire, l'état général est plus rapidement altéré, les vomissements persistent), avec la cholécystite calculueuse (rechercher, par l'interrogatoire, des crises douloureuses hyperpyrétiques antérieures contrastant avec les petites crises frustes traduisant un début de torsion dans le cas de volvulus), avec une perforation d'ulcère (là encore, l'état général de notre malade pourra nous guider), avec une hydronéphrose aiguë dans un rein flottant, avec un gros hydrocholécyste.

DAUX considère comme pathognomonique la présence, à la palpation, d'une tumeur en forme de rein qui prolonge la matité hépatique dans l'hypochondre droit. Mais la palpation est souvent difficile et ne permet pas de sentir la tumeur d'une façon aussi nette.

Il s'agit donc d'un diagnostic difficile... encore plus grandes sont les difficultés rencontrées quand un volvulus chronique incomplet est en cause !...

Dans l'observation inédite que nous rapportions précédemment, le diagnostic n'a pas été fait, après avoir hésité : cholécystite, occlusion, appendicite ?

On aurait pu invoquer en faveur du volvulus l'absence des signes classiques de cholécystite, d'occlusion, d'appendicite; les antécédents hépato-vésiculaires du sujet; l'absence de vomissements, de fièvre et d'hyperleucocytose; l'arrêt incomplet des matières et des gaz; la sensation de « boule » intermittente dans l'hypochondre nettement décrite par le malade, boule qui se tendait lors des crises douloureuses pour disparaître avec elles, sensation qui correspond bien à la description faite par CHIRRAY et PAVEL et que nous citons plus haut, et qui se traduit au médecin « par une tuméfaction apparaissant et disparaissant subitement dans la région sous-hépatique ». Mais dans le cas de notre malade la défense musculaire interdisait une palpation profonde, empêchait la perception de cette tuméfaction et laissait ainsi s'échapper

un élément qui aurait pu être précieux à la conduite d'un diagnostic exact.

Nous citerons encore CHIRAY et PAVEL : « Il faut espérer qu'à l'avenir, quand cet accident sera mieux connu, les médecins apprendront à envisager sa possibilité. Dans ces conditions, ils auront recours à la laparotomie exploratrice qui met d'emblée en évidence la cause des accidents. Aucun doute ne saurait subsister quand on a constaté la distension et la coloration noirâtre du cholécyste qui rappellent l'aspect de tous les infarctus viscéraux ».

---



## PRONOSTIC

---

La crise de volvulus aigu de la vésicule biliaire opérée précocement guérit généralement : c'est une question de résistance du sujet.

Non opérée, la mort survient en moins d'une semaine (quatre à sept jours).

Les crises de volvulus subaigu cèdent partiellement spontanément, mais, tôt ou tard, de nouvelles crises surviendront et imposeront l'intervention. Si une décision opératoire n'est pas prise, deux éventualités sont possibles : ou bien éclatera une crise de volvulus aigu commandant l'intervention, ou bien s'établira une inflammation de la vésicule : cholécystite avec péri-cholécystite.

De toutes façons, le pronostic est lié au diagnostic et dépend de la précocité de l'intervention.

---



## TRAITEMENT

---

Les traitements du volvulus aigu et du volvulus subaigu se rejoignent : dans les deux cas il faut opérer. L'intérêt d'opérer précocement est capital dans le premier cas. Il est loin d'être négligeable dans le second, car, nous l'avons vu, d'une part de nouvelles crises surviendront, d'autre part s'installeront des phénomènes inflammatoires : cholécystite avec péri-cholécystite.

Il faut pratiquer la détorsion suivie de cholécystectomie. On a pu essayer exceptionnellement, en cas de torsion rapidement réduite, la cholécystopexie. Mais en règle, retenons que le seul véritable traitement du volvulus de la vésicule biliaire est l'ablation de l'organe. Il est indiqué de pratiquer une anesthésie rachidienne ou une anesthésie par voie rectale.

L'incision est correcte si la vésicule a été incriminée; dans le cas contraire, il convient de la rectifier. Le cholécyste est débarrassé de ses adhérences. La ligature du canal cystique est faite en tissu sain. Certains chirurgiens préfèrent drainer. D'autre s'en abstiennent. Les résultats semblent être aussi bons dans les deux cas.

Pour nous résumer, le traitement est purement chirurgical : cholécystectomie faite précocement.



## CONCLUSIONS

---

1) Nous présentons dans ce travail une observation inédite de volvulus subaigu incomplet de la vésicule biliaire chez un homme jeune.

2) A côté du volvulus aigu classique de la vésicule biliaire de la femme âgée, il faut faire place à des formes cliniques subaiguës et incomplètes qui sont peut-être un stade précurseur de la forme complète aiguë et qui peuvent se voir dans les deux sexes et à tout âge.

3) La pathogénie et l'anatomie pathologique du volvulus aigu et du volvulus subaigu incomplet sont les mêmes. Certes, les lésions du cholécyste sont en rapport avec le degré de torsion et les phénomènes de sclérose dominent en cas de volvulus chronique ancien.

4) Nous avons vu la rareté du volvulus aigu classique : encore plus rares sont les cas de volvulus subaigu incomplet.

5) Les aspects cliniques du volvulus aigu sont multiples. Il en est de même du volvulus subaigu incomplet ; nous avons vu, dans l'observation que nous rapportons, le diagnostic errer à chaque crise douloureuse : cholécystite, occlusion, appendicite ?...

6) La difficulté du diagnostic dans les deux cas est extrême. Ce diagnostic n'est généralement pas fait, car

le volvulus de la vésicule biliaire est une affection rare à laquelle on ne pense pas.

7) Le traitement du volvulus classique aigu et du volvulus subaigu incomplet est le même et il est purement chirurgical : détorsion suivie de cholécystectomie.

---

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

SENEQUE

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BERNARD. — *Presse Médicale*, n° 9, année 1944.
- BRADÉ. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Société des chirurgiens de Breslau*, 1911).
- CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire.
- DAUX. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Thèse Paris* 1924).
- FIFIELD. — Torsion de la vésicule biliaire. (*British med. journ.*, 1925).
- FINUCCI. — Torsion lente de la vésicule biliaire. (*La Riforma medica*, Turin, 1931).
- GIMBERT DE FALLOIS. — Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire. (*Thèse Paris*, 1943).
- GUEULLETTE. — Foie. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*).
- GUTTMANN. — Syndromes douloureux épigastriques.
- IRWIN. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*The British med. journal of surgery*, 1921).
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen.
- PILVEN et SIMEON. — Sur le volvulus de la vésicule biliaire. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1939).
- SABRAZES. — Anatomie pathologique du volvulus de la vésicule biliaire.
- SUTTER. — La torsion de la vésicule biliaire. (*Brun's beitrage zur klinischen chir.*).

---

---

IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
P A R I S

---

---

113811